Ua 60
1900
Medical Library

Zur Frage

der

Fingermissbildungen.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche nebst beigefügten Thesen

mit

Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Sonnabend, den 6. Oktober 1900

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Willy Davies

prakt. Arzt

aus Wongrowitz (Posen).

Opponenten:

Herr Cursist Eichhorst.
Herr cand. med. Ennet.

Greifswald.
Hans Adler, Buchdruckerei.
1900.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154012_0010

Seiner lieben Mutter

sowie dem Andenken

seines teuren Vaters und seiner guten

Schwester

gewidmet

vom

Verfasser

Bei der Beurteilung der angeborenen chirurgischen Erkrankungen, zumal wenn es sich um die Entstehungsursache handelt, ist die Entwicklungsgeschichte von eminenter Bedeutung. Es ist nun allerdings den Embryologen bis jetzt noch nicht gelungen alle Entwicklungsphasen des menschlichen Eies in ununterbrochener Reihenfolge zu beobachten, indessen genügen die schon gewonnenen Resultate in vielen Fällen, um die Bildungsanomalieen zu deuten. Hierzu kommt noch, dass vergleichende Versuche am Tierei die bestehenden Lücken zum Teil ausfüllen.

An den Extremitäten beobachtet man Bildungsanomalien, die sich teils an allen vieren finden, teils wieder solche, die nur an einer einzelnen vorkommen, und endlich sind auch solche embryonale Verbildungen in der Litteratur verzeichnet, die bei demselben Individuum verschiedene Typen aufweisen.

Da es sich in dem vorliegend zu beschreiben-

den Falle nur um Bildungsfehler der Finger resp. Zehen handelt, so sollen auch diese nur betrachtet werden. Man unterscheidet an ihnen 1) die Polydactylie, eine Überzahl der Finger oder Zehen; 2) Ektrodaktylie, das ist ein gänzliches Fehlen der Finger — totale —, oder nur eine Minderzahl derselben, resp. das Fehlen einzelner Glieder, welch' letzteren Zustand man auch als Brachydactylie bezeichnet; 3) Syndactylie, bestehend in einem seitlichen Zusammenwachsen der Finger. Alles dieses gilt im selben Masse von den Zehen. Natürlich finden sich bei allen drei Arten von Missbildungen die verschiedenartigsten Abstufungen, sowie auch eine Combination der einzelnen Arten.

Die letzte Art der Bildungsfehler beansprucht in vorliegendem Falle in erster Linie unser Interesse. Die erste Anlage der Gliedmassen können wir beim Embryo in der 3. resp. 4. Woche in Gestalt von Höckern beobachten, die sich dann im Laufe der Zeit abflachen, und an denen sich in der 5. Woche schon einzelne Teile derselben differenzieren, so dass man endlich in der folgenden an den Extremitäten die drei Abschnitte wahrnehmen kann. Der distal gelegene Teil bildet nun eine Platte, an der sich 4 Furchen bilden, die den

Zwischenräumen zwischen den einzelnen Fingern entsprechen.

In der 8. Woche erscheinen nun diese Furchen verdünnt, die Zwischenräume sind membranös geworden; wir haben dann, wenn man sich so ausdrücken kann, eine physiologische Syndactylie. Nun wachsen die Finger schneller in ihrer Längsaxe, während die Zwischenmembran zurücktritt, wodurch erstere von einander getrennt werden. Bildet sich nun diese Membran teilweise oder in toto infolge einer Entwicklungsstörung nicht zurück, so haben wir die verschiedenen Formen der Syndactylie.

Ebenso entstehen die verschiedenen Formen der Ektrodactylie durch Abschnürungen während des embryonalen Lebens.

Von Herrn Prof. Tilmann ist mir der folgende Fall von symmetrischer Syndactylie gütigst zur Veröffentlichung überwiesen worden.

Krankengeschichte.

Anamnese: Patient ist der 6 Wochen alte Arbeitersohn Paul W. aus Neu-Jarginow. Die Eltern leben und sind gesund, zeigen auch hinsichtlich ihres Körperbaues keine Abweichungen

von der Norm. Auch bei den Grosseltern, sowie bei den anderen Verwandten, sollen, wie die Mutter berichtet, keine Missbildungen vorgekommen sein. Der Patient ist das erste Kind seiner Eltern. Kurz vor der Aufnahme in die hiesige chirurgische Klinik, die am 31. August d. J. erfolgte, hat das Kind angeblich an Durchfall gelitten.

Status praesens: Das Kind ist mässig kräftig entwickelt und von seinem Alter entsprechender Grösse. Die sichtbaren Schleimhäute zeigen normale Farbe. Zur Zeit besteht weder Fieber noch Durchfall. Die Untersuchung der Respirationsorgane sowie des Circulationsapparates ergiebt normalen Befund. Auch der Darmtractus zeigt nichts Abnormes.

Bei der Betrachtung der linken Hand fällt sofort das Fehlen eines Fingers auf, und zwar ist es der Mittelfinger. An seiner Stelle findet sich ein tiefer Spalt, an dessen Grunde man das freie Ende des Köpfchens vom Metacarpalknochen fühlt. Ausserdem ist der Daumen mit dem Zeigefinger durch eine häutige Brücke verbunden, während eine knöcherne Verbindung augenscheinlich nicht vorhanden ist; ferner findet sich an den Grundphalangen eine Hautduplikatur. In ähnlicher Weise ist der vierte mit dem fünften Finger häutig verbunden.

An der rechten Hand finden sich fünf Finger vor, von denen der dritte mit dem vierten ebenfalls durch eine Hautduplikatur verbunden ist. Sie haben getrennte Grund- und Mittelphalangen, während die Fingerkuppen einen gemeinsamen Nagel tragen.

An der grossen Zehe des rechten Fusses, die breiter wie eine normale erscheint, fühlt man zwei Grundphalangen und eine Nagelphalanx, an deren Spitze ein doppelter Nagel angedeutet ist, in dem sich in der Mitte eine Incisur vorfindet. Darauf folgt die zweite Zehe, die nur rudimentär entwickelt ist und in der sich Knochen deutlich nicht nachweisen lassen. Die dann folgenden zwei Zehen sind in toto zusammengewachsen; die fünfte Zehe ist anscheinend normal entwickelt.

Am linken Fusse findet man nur 3 Zehen, und zwar ist die grosse Zehe durch eine tiefe Incisur von den beiden andern getrennt, welch letztere wiederum zusammengewachsen sind, aber getrennte Knochen aufweisen.

Es handelt sich also im vorliegenden Falle um symmetrische Syndactylie verbunden mit Ektrodactylie und Brachydactylie. Ferner kann man die Configuration der linken Hand als „Klumphand“ bezeichnen.

Es wurde von vornherein von einem operativen Eingriff an den Zehen abgesehen, da derselbe in keinem Falle die Bewegungsfähigkeit verbessern könnte. Die an den Händen vorgenommene Operation wird an anderer Stelle im Zusammenhang mit den verschiedenen Operationsmethoden beschrieben werden.

Die mir zugängliche Literatur weist nur wenige dem vorliegenden analoge Fälle auf.

Einen Fall von kongenitaler completer Syndactylie und Polydactylie teilt Dr. H. Rasch mit. (Beitr. z. klin. Chir. XVIII 2 p. 537, 1897). Es betrifft der Fall einen 22jährigen Kranken aus der Wölflerschen Klinik. Die Finger beider Hände sind bis zum Ende der Nagelglieder vollständig miteinander verwachsen. Zwischen Daumen und Zeigefinger beider Hände ist die Verwachsung häutig. Die Daumen haben beiderseits 2 Metacarpalknochen; auf jedem dieser zwei Metacarpalknochen sitzt je eine erste Phalanx, auf diesen beiden Grundphalangen je eine zweite Phalanx, und auf den beiden zweiten Phalangen eine dritte, also überzählige Phalanx, die durch Längsspaltung in 3 Teile geschieden ist und 3 gesonderte Nägel trägt. An der Ulnarseite der Hand findet sich

jederseits ein aus 2 Phalangen bestehender, überzähliger kleiner Finger; die obere Phalanx trägt einen gesonderten Nagel, der mit in die allgemeine Verwachsung einbezogen ist. Der rechte Fuss hat eine überzählige, aus 2 Phalangen bestehende kleine Zehe, deren zweite Phalanx mit einem Nagel versehen und syndaktylisch mit der eigentlichen kleinen Zehe verschmolzen ist. Es bestanden darnach Anlagen für 16 Finger.

Auch Kirmisson erwähnt, dass sich die Anomalieen nicht selten gleichzeitig auf die oberen und unteren Extremitäten erstrecken, ohne indess einen speciellen Fall anzuführen.

Des weiteren berichtet Lerno (Flandre med. II. 8. 1895) einen der seltenen Fälle von kongenitaler, completer Syndactylie aller 4 Extremitäten bei einem 13 Tage alten Knaben.

Ein Fall von angeborener, vollständiger Verwachsung aller fünf Finger und Zehen ist von Dr. E Tschudy in Münsterlingen mitgeteilt (Serbische Zeitschrift f. Chir. XXXV. 5. u. 6. p. 567. 1893).

Tschudy beobachtete ein 4 Monate altes Mädchen, an dessen beiden Händen eine vollständige Verschmelzung sämtlicher Finger bestand, u. z. so, dass die 4 dreigliedrigen Finger eine einzige

Platte bildeten, während der mit denselben in seiner ganzen Länge verwachsene Daumen sich wenigstens durch eine oberflächliche Hautfurche von den übrigen Fingern abgrenzte. Die Nägel aller fünf Finger waren zu einer Hornmasse verschmolzen; beide Hände um ihre volare Fläche gekrümmt, keine Beweglichkeit der Fingergelenke, freie Beweglichkeit der Handgelenke. Sämtliche 5 Zehen beider Füsse waren bis zu der Spitze schwimmfussartig mit einander verwachsen, im Übrigen gut ausgebildet mit mässiger Beweglichkeit ihrer Gelenke. Sehr grosser Kopf, eingesunkene Sattelnase, Strabismus convergens, Uvula an der Spitze gespalten. In der Familie sind sonst keine Missbildungen beobachtet.

In dem von Dr. A. Gherini (Gazz. Lomb. XXXIV. 51. 1874) mitgeteilten Falle besteht die Polydactylie an Händen und Füssen, wie gewöhnlich mit Syndactylie verbunden.

Eine Frau von 34 Jahren, gleich ihrem Manne frei von Missbildungen, hatte 5 wohlgebildete Kinder geboren. Zu der 6ten Schwangerschaft brachte sie Zwillinge zur Welt, ein wohlgebildetes Mädchen und einen mit Polydactylie behafteten Knaben. Der sonst wohlgebildete und intelligente

— zur Zeit der Untersuchung 3 Jahre alte — Knabe hat an jeder Hand 6 Finger und an jedem Fusse 9 Zehen. An der rechten oberen Extremität ist der Vorderarm normal, auch die Handwurzel und das Handgelenk frei beweglich. Die Hohlhand ist verbreitert und auf der Dorsalseite unterscheidet man 6 Mittelhandknochen, alle mit 3gliedrigen Fingern, so dass also ein Daumen fehlt. Die 3 Finger an der Radialseite sind untereinander verwachsen, der 4. Finger ist ganz frei, der 5. u. 6. Finger von der Ulnarseite sind wieder verwachsen. Der 1. u. 6. Finger gleichen kleinen Fingern; der 3. u. 4. sind einander ganz gleich und nach Länge und Dicke stellen sie Mittelfinger dar.

Die linke obere Extremität verhält sich ganz gleich, nur sind hier die 3 Finger an der Ulnarseite ebenso verwachsen wie die 3 Finger an der Radialseite. Beugung und Streckung erfolgt gleichzeitig an allen 6 Fingern. Die 3 Radialfinger und die 3 Ulnarfinger können aber auch für sich gebeugt und gestreckt werden, so dass sie ein zangenartiges Fassen ermöglichen. Der 4. Finger der rechten Hand, der ganz frei ist, kann für sich allein gebeugt und gestreckt werden. Die Füsse haben beiderseits

je 9 Zehen. Die mittlere von diesen Zehen ist ganz frei, grösser als die übrigen und hat nur 2 Phalangen, sie stellt eine grosse Zehe dar. Die 4 Zehen an der Tibialseite und an der Fibularseite dieser grossen Zehe sind untereinander verwachsen. Die innerste an der Tibialseite und die äusserste an der Fibularseite stellen nach Kürze und Kleinheit kleine Zehen dar. An jedem Fusse sind 9 Mittelfussknochen zu unterscheiden. Die Fusswurzel erscheint sehr convex und breit. Die vierseitige Sohlenfläche hat nach hinten eine Längsfurche, die bis zu den unterliegenden Knochen reicht, wodurch ein äusserer grösserer und ein innerer kleinerer Abschnitt gebildet wird. Der Tendo-Achillis heftet sich an beiden Füssen an den grösseren Abschnitt. Die Füsse stehen zwar rechtwinklig zu den Unterschenkeln, die Bewegungen im Fussgelenk vollziehen sich aber nur in unvollkommener Weise. Das rechte Bein ist kürzer durch Verkrümmung des Unterschenkels.

Was nun die Erblichkeit dieser Missbildungen betrifft, so teilt uns einen höchst interessanten Fall Frithjof Holmgren (Upsala läkarefären. förhandl XVII 7 och 8 S. 513. 1882) mit. Er beschreibt einen bis in das vorige Jahrhundert zurückreichenden

Stammbaum einer Familie, in welchen von 40 Personen 13 = 32,5% Abnormitäten zeigten. Die in dieser Familie erbliche Abnormität bestand in Verwachsung von Fingern und Zehen, und zwar war bei den mit der Abnormität behafteten Individuen regelmässig eine Verwachsung des Ringfingers mit dem Mittelfinger oder der entsprechenden Zehen vorhanden. Bei manchen Familiengliedern kam diese Verwachsung an mehreren, bei anderen an einzelnen Extremitäten vor. Bei manchen Familienmitgliedern zeigte sich noch eine andere Abnormität, die darin bestand, dass ein Finger fast senkrecht gegen die Längsrichtung der anderen Finger und entweder an der Volarseite oder an der Dorsalseite über die letztere weg lag.

In dem Stammbaum ist die Verwachsung zwischen 3. und 4. Finger kurz als Verwachsung bezeichnet, die andern Fehler sind besonders angegeben. Die Syndactylie war in einigen Fällen vollständig, in andern so, dass die Fingerspitzen frei blieben. Söderström hatte eine mangelhafte Zehe an einem Fusse. Sein Bruder Daniel Jansson hatte 3 Söhne: Jan Danielsson geb. 1775, Erik Danielsson geb. 1777 und Anders Danielsson geb. 1779, von denen bei den letzteren der Ringfinger an der linken

Hand gegen den Daumen zu abweichend lag. Von diesen 3 Söhnen war nur der älteste verheiratet. Jan Danielsson hatte 9 Kinder, von denen 3 Missbildungen zeigten u. z. Anders Jansson geb. 1796 unverheiratet, 6 Finger an jeder Hand und 6 Zehen an jedem Fuss, 3, 4 u. 5 verwachsen. Anna Greta Jansdotter, geb. 1798, verheiratet, Verwachsung an beiden Händen. Von den übrigen 6 Kindern starben 3 in der Kindheit, 3 waren verheiratet und hatten Kinder ohne Missbildung.

Anna Greta Jansdotter hat 7 Kinder, von denen 4 mit Missbildung behaftet waren.

Brita Charlotta, geb. 1829, unverheirathet gestorben, Verwachsung an der rechten Hand; Jan August Fröblom, geb. 1832, Verwachsung an beiden Händen. Axel, geb. 1837, Mittel- und Ringfinger an der rechten Hand waren nach unten zu frei, noch oben zu verwachsen, „wie ein Finger mit einem Nagel“. Von den 3 Kindern ohne Missbildung hatten sich 2 verheiratet und hatten Kinder ohne Missbildung. Von den 4 mit Missbildung behafteten waren 3 verheiratet.

Jan. Aug. Fröblom hatte 3 Kinder, von denen 2 Missbildungen zeigten: Alma Sofia Josephina, geb. 1878, Verwachsung an beiden Händen, Johann

August, die Zehen am linken Fuss waren wie beim Vater verbildet, die Ringfinger an beiden Händen gegen die Daumen hin gerichtet, der eine an der inneren, der andere an der äusseren Seite der Hand. Anna Greta hatte ein Kind: Andreas Gottfried, geb. 1871, Verwachsung an beiden Händen. Axel hatte 2 Kinder, von denen das älteste, Carl Axel, wohlgebildet war, das jüngste, Christina, Wilhelmina, geb. 1871, mit Verwachsung an beiden Händen behaftet war. Von den 40 in den Stammbaum vorkommenden Personen waren 23 männlichen, 17 weiblichen Geschlechts, von den mit Missbildungen behafteten waren 8 männlichen und 5 weiblichen Geschlechts. Bei den Individuen weiblichen Geschlechts war die Missbildung in 4 Fällen an beiden Händen vorhanden, im 1. Falle nur an einer Hand, Fehler an den Zehen kamen dabei nicht vor, bei den männlichen Individuen dagegen in 4 Fällen. Nur in 2 Fällen zeigte sich bei den männlichen Individuen die regelmässige Missbildung an beiden Händen, in einem Falle nur an der rechten Hand, in 2 Fällen war die Missbildung von der Regel abweichend, an den Füssen in allen 4 Fällen.

Im Vorstehenden sind die dem unsrigen analogen Fälle, soweit die Litteratur zugänglich war, kurz resümiert. Es erübrigt nur noch die verschiedenen Operationsmethoden bei der Behandlung der Syndactylie anzuführen, soweit sie heutzutage in Betracht kommen. Es soll also abgesehen werden von den älteren Operationsmethoden, vermittels einer Gummischnur, und ebenso von den Transplantationen der Syndactylie infolge von Traumen — Verbrennungen, Verätzungen.

Kirmisson hat in seinem kürzlich erschienenen „Lehrbuch der chigurischen Krankheiten angebornen Ursprungs“ die heute üblichen Operationsmethoden der Syndactylie folgendermassen zusammengestellt: „Selbstverständlich lässt sich nicht in allen Fällen von Syndactylie die gleiche Therapie anwenden. Handelt es sich um schlaffe, unvollständige Membranen, bei denen sämtliche Bewegungen möglich sind, so braucht man dagegen nicht therapeutisch einzuschreiten, da in keiner Weise die gute Funktion der Hand beeinträchtigt ist. Ebenso kann bei knöchener Verschmelzung eine Operation nicht in Betracht kommen, da sie nicht die geringste Aussicht auf Erfolg haben würde, und man muss daher in diesem Falle von ihr Abstand nehmen.

Zwischen diesen beiden Gegensätzen giebt es jedoch zahlreiche Übergänge, die einer operativen Behandlung zugänglich sind. Dieselbe ist indessen complicierter als man zunächst anzunehmen geneigt ist. Es genügt nämlich nicht blos, einfach die durch Syndactylie vereinigten Finger zu trennen, sondern man muss fernerhin auf die blutigen Flächen auch noch Epidermislappen legen, wenn man nicht die Verbindung recidivieren sehen will. Die zu diesem Zweck ersonnenen Verfahren sind nicht zahlreich. Naturgemäss zerfallen sie in 2 Klassen, je nachdem man zuerst eine Interdigitalcommissur bildet, oder je nachdem man vor allen erst eine Verschmelzung der seitlichen Fingerflächen zu erhalten sucht, um eine Verklebung zu verhindern.

Ich will nur diejenigen Verfahren besprechen, die gegenwärtig einen wirklichen Wert zu besitzen scheinen.

1. Verfahren, welche die Commissur wieder herstellen.

a. Velpeaus Verfahren.

Dasselbe besteht zunächst in der Durchtrennung der vereinigten Membranen und in der Vernähung der am weitesten central gelegenen Partie des Schnittes zwecks Wiederherstellung der Finger-

commissur. Das Verfahren ist ausgezeichnet, jedoch ist es nur in den Fällen anwendbar, wo die Interdigitalmembran so geschmeidig und so breit ist, dass die beiden Wundränder des Schnittes sich einander nähern lassen.

b. Zeller'sches Verfahren mit dorsalem Lappen.

Bei diesem umschneidet man an der Dorsalfläche der Finger einen ∨-förmigen Lappen, dessen Spitze bis in die Höhe der Mittelphalangen reicht, und dessen Basis dem Metacarpophalangealgelenken entspricht. Nachdem man die tiefe Schicht abgelöst hat, hebt man den Lappen hoch oder durchtrennt die Verwachsungen zwischen den beiden Fingern, hierauf legt man den Lappen von hinten nach vorne zwischen die gespreizten Finger und fixiert ihn mittels der Naht.

Anstatt eines Lappens schlug Morel Lavallée vor, zwei Lappen zu umschneiden und zwar einen auf der dorsalen und den andern auf der palmaren Fläche. Er bildet dieselben stumpfwinklig und vernäht sie mit einander in den Zwischenfingerraum.

Ein ähnliches Verfahren hat Félizet in der revue d'orthopédie beschrieben. (Félizet, opérations de la syndaktylie congénitale, revue d'orthopédie Jan. 1892. S. 49.)

Er zeichnet sich im Zwischenfingerraum 2 Lappen ab, einen dorsalen und einen palmaren, die mit der Basis einander gegenüberliegen. Sobald dieselben gelöst und umgeschlagen sind, bilden sie die Wände eines völlig mit Epidermis ausgekleideten Kanals. Später werden die seitlichen Verwachsungen der Finger zerstört.

2. Verfahren mit vorheriger Vernarbung der seitlichen Wundflächen.

Hierbei sucht man zuerst die Vernarbung der seitlichen Wundflächen der Finger zu erreichen und stellt erst in einem zweiten Act die Commissur wieder her.

a. Verfahren von Vidal. Incessionen und Vernähung der seitlichen Wundflächen der Finger.

Dasselbe ist fast genau so wie das Velpeau'sche. Es unterscheidet sich von ihm nur dadurch, dass die Naht an den seitlichen Wundflächen der Finger anstatt im Bereiche der Commissur ausgeführt wird. Die Schwierigkeit besteht hierbei natürlich gleichfalls in einer genügenden Annäherung der beiden Wundränder, um die Naht ausführen zu können. Man wird gut thun, wenn man die Haut unterminiert, wie es Dieffenbach geraten hat, und wenn man auf der anderen Seite des Fingers Entspannungs-

schnitte macht. Sehr häufig ist indessen die Naht nicht möglich.

b. Verfahren von Didot.

Das Grundprinzip bei diesem Verfahren ist eine plastische Operation mit Lappenverschiebung. Wenn z. B. eine Syndaktylie zwischen Zeige- und Mittelfinger besteht, so umschneidet man am Zeigefinger einen Lappen, welcher den Mittelfinger bedecken soll, während der Lappen aus der Haut dieses letzteren den Zeigefinger umgeben soll.

Zu diesem Zweck bildet man auf der Rückenfläche der verschmolzenen Finger einen rechteckigen Lappen, dessen senkrechter Schnitt in der Mitte des Mittelfingers liegt, während die beiden horizontalen Schnitte der Fingerkommissur und der Basis der Endphalanx entsprechen. Man erhält auf diese Weise einen rechteckigen Lappen, welcher nach Loslösung der tiefen Schicht am Zeigefinger verwachsen bleibt und nach der Naht diesen Finger umgeben soll. Auf der palmaren Fläche umschneidet man einen ähnlichen Lappen, aber im umgekehrten Sinne d. h. er greift bis zur Mitte der Palmarseite des Zeigefingers über und bleibt an seiner Basis mit dem Mittelfinger verwachsen, welchen er nach der Naht bedeckt.

In einem Falle, wo sich die Syndactylie auf 3 Finger erstreckte, änderte Kirmisson das Didotsche Verfahren in folgender Weise ab: Er umschnitt zuerst auf der Rückenfläche der verwachsenen Finger zwei Lappen, die mit ihrer Basis aneinanderstiessen und am Ringfinger adhaerent blieben. Hierauf bildete er an der palmaren Fläche zwei entgegengesetzte Lappen, d. h. dieselben lagen sich mit ihren freien Rändern gegenüber. Von diesen blieb der eine mit dem Mittelfinger und der andere mit dem kleinen Finger in Verwachsung.

Die beiden dorsalen Lappen dienten nun zur Umhüllung des Ringfingers, während von den beiden palmaren der eine den Mittelfinger, der andere den kleinen Finger bedeckte. (Kirmisson: Leçons cliniques sur les maladies de l' appareille locomoteur S. 372.)

Man kann dem Didot'schen Verfahren den Vorwurf machen, dass es nicht immer genügende Lappen giebt. Dieser Übelstand kam speciell in einem Falle zum Ausdruck, in dem sich die Missbildung über 3 Finger erstreckte, und wo an einem Finger jeder Hand eine Nekrose der Endphalanx eintrat.

Freilich ist zu erwähnen, dass diese Phalangen knöchern mit einander verbunden waren.

Was das Alter anbetrifft, in welchem man den Eingriff vornehmen soll, so hängt dasselbe von der Art der Operation ab, die man ausführen muss. Wenn man weiter nichts thut, als dass man den Strang durchschneidet und dann sofort näht; so ist die Operation keine schwere, und man kann sie sogar bei ganz jungen Kindern ausführen. Wenn man dagegen Lappen umschneidet und grössere Ablösungen vornehmen muss, so ist immerhin der Blutverlust zu fürchten, und man wird besser den Eingriff auf einen späteren Termin, etwa bis zum 4. oder 5. Jahre verschieben.

In unserem Falle wurden zunächst die weitauseinanderstehenden Finger durch Heftpflasterstreifen, die cirkulär um die Gegend der Köpfchen der Mittelhandknochen gelegt wurden, einander genähert, und dies Verfahren mehrere Tage fortgesetzt in dem Bestreben, den bessern Erfolg der später vorzunehmenden Operation zu garantieren. Es schien auch thatsächlich von einigem Erfolg begleitet zu sein. Dann wurde die Operation in folgender Weise vorgenommen. Es wurde in dem Spalt, der durch das Fehlen des Mittelfingers verursacht war, ein

Lappen auf der Dorsalseite und einer auf der Volarseite gebildet, dieselben wurden umgeklappt und damit der Defect geschlossen.

An der rechten Hand wurde von der Volarfläche des 4. Fingers ein rechteckiger Lappen abgetrennt, der im Zusammenhang mit dem 3. blieb. Darauf wurde auf der Dorsalfläche in entgegengesetzter Weise vom Mittelfinger ein rechteckiger Lappen abpräpariert und dann beide nach innen geklappt und vernäht. Der den beiden Fingern gemeinsame Nagel wurde in der Mitte mit der Scheere getrennt.

Der weitere Krankheitsverlauf konnte nicht beobachtet werden, da die Mutter den Patienten der klinischen Behandlung entzog.

Die Operation schliesst sich also im Allgemeinen, was wenigstens die rechte Hand anbetrifft, an das von Didot angegebene Verfahren an.

Bei nochmaliger Untersuchung des Kindes am 24. 9. waren die beiden an den zusammengewachsenen Fingern gebildeten Lappen gut angeheilt. Die Endphalanx des Mittelfingers war dagegen nekrotisch geworden und hatte sich abgestossen. Es ist nicht ersichtlich, woraus diese Nekrose bedingt war. An der andern Hand war der Spalt erheblich verkleinert

die benachbarten Metacarpalknochen waren einander genähert, indess waren die Nähte, welche in Höhe der Köpfchen der Mittelhandknochen angelegt waren, durchgeschnitten, so dass hier eine breitere Narbe war. Ein sichtbarer Vorteil war in sofern erreicht, als die Mittelhandknochen nahezu in normaler Stellung standen und der Narbenzug die Stellung jedenfalls erhalten, vielleicht noch verbessern wird.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht Herrn Prof. Dr. Tilmann für die Überweisung dieser Arbeit und die gütige Unterstützung bei Abfassung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Lerno, Flandre med. II. 8. 1895.

Archiv f. klin. Chir. LVI. 2. p. 332, 1898.

Beitrag z. klin. Chir. XVIII. 2. p. 537. 1897.

Deutsche med. Wochenschrift XIX. 36. 1893.

Archiv f. klin. Chirurgie XXXVIII. 1. p. 66. 1889.

Deutsche Zeitschrift f. Chir. XXXV. 5 u. 6. p. 567. 1893.

Upsala läkareförens. Förhandl. XVII. 7 och 8. S. 513. 1882.

Brit. med. Journ. Jan. 8. 1881. p. 48.

Gazz. Lomb. XXXIV. 51. 1874.

Dr. E. Kirmisson, Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten angebornen Ursprungs. Stuttgart 1899.

Lebenslauf.

Willy Davies, Israelit, wurde geboren am 9. Juni 1862 als Sohn des verstorbenen Kaufmanns Neuman Davies und seiner Ehefrau, Helene, geb. Katz zu Wongrowitz, Provinz Posen. Er besuchte die Elementarschule und das Gymnasium seiner Vaterstadt, welches er Ostern 1885 mit dem Reifezeugnis verliess. In Berlin, Würzburg und Greifswald studierte er Medizin und legte nach mehrfachen Unterbrechungen seines Studiums auf letzter Universität sein Staatsexamen ab. Am 1. Oktober bestand er sein Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren.

In Berlin:

Waldeyer, du Bois Reymond, Jessen †, Hartmann †, Hoffmann, Christiani †.

In Würzburg:

v. Kölliker, Semper †, v. Leube, v. Rindfleisch, v. Sachs †, Stöhr, Kunkel, Fick, Roentgen, Fischer, Kohlrausch, Hoffmeyer.

In Greifswald:

Mosler, Helferich, Schirmer, Hoffmann, Pernice, v. Preuschen, Strübing, Peiper, Grawitz, Schulz.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei Syndactylie mit ossaler Verwachsung ist eine operative Behandlung contraindiciert.

II.

Bei der Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs kann der Arzt hervorragend thätig sein.